Rok XXXIII. Kraków 20. Października 1894 r. Nr. 42.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya:
Plsy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracya:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w *Krakowie* Administracya, a w *Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, w *Nowym Jorku* Dr Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_8$ „	„ 6 „

I. Przyczynek do kazuistyki ciał obcych w jelitach.

Podał

Doc. Dr. Rudolf Trzebicky.

Losy połkniętych ciał obcych bywają bardzo różne i zależą zazwyczaj, choć nie zawsze, od ich własności chemicznych i fizycznych. Nie można jednakże na ich podstawie nigdy z góry przewidzieć stanowczo, jaki będzie dalszy przebieg choroby po połknięciu czy to przypadkowem czy też rozmyślnem ciała obcego, gdyż w piśmiennictwie [1]) znanych jest dużo przypadków, w których przedmioty długie i ostre, n. p. noże, szpady i t. p. bez trudności przechodziły przez cały przewód pokarmowy, albo też w nim pozostały bez reakcyi, gdy czasami przedmioty o wiele mniejsze wywołują ciężkie objawy miejscowe i ogólne i nieraz wymagają poważnego zabiegu operacyjnego celem ratowania życia. Jeżeli przedmiot połknięty w ogóle ma odejść drogą prawidłową, dzieje się to zazwyczaj, jak poucza doświadczenie codzienne, bardzo rychło. Za pomocą doświadczeń badał tę kwestyę Giov. Zoja [2]) na 10 psach i kotach, którym wprowadził do przełyku w ogóle razem 129 igieł długich na 5·35 mm. już to po jednej, już też po kilka naraz, niektóre z nich ostrym końcem naprzód. Najwięcej igieł odeszło z kałem bez żadnych znaczniejszych objawów w 4—140 godzinach przeważnie między 20 a 48 godzinami). U niektórych wcześniej zabitych zwierząt znajdowano igły w jelicie grubem wśród gęstego pokładu śluzu. Przypadki podobne do opisanych przez M. Ewena [3]) i Rosenblatta [4]), z których w pierwszym dziecko połknięty nóż po 3 miesiącach oddało ze stolcem a w drugim cent połknięty znaleziono po $7^1/_2$ miesiącach w stolcu, należą już do rzadkich; przypadki zaś, w których przedmioty połknięte przez długie lata w ustroju ludzkim pozostają a dopiero potem wywołują pewne objawy, należą do największych osobliwości.

Podobny przypadek, który w piśmiennictwie należy prawie do unikatów, obserwowałem przed niespełna rokiem u matki jednego z kolegów. Według stanowczego i wiarogodnego podania chorej, osoby nader inteligentnej, ciało obce przebywało przez 17 lat w przewodzie pokarmowym, nie wywołując zgoła żadnych dolegliwości, dopiero po upływie tego czasu rozwinął się nagle bez wiadomej przyczyny w powłokach brzusznych ropień kałowy a po samodzielnem otwarciu się jego usunięto przez powstałą przetokę jelitową ciało obce.

Historya choroby jest w krótkości następująca:

Pani K., osoba 67-letnia przypomina sobie całkiem dokładnie, że przed 17 laty połknęła przypadkowo podczas obiadu kostkę, nie doznawszy prócz chwilowego bólu w przełyku żadnych później przypadłości. Pacyentka, która zawsze o siebie bywała nader troskliwą, podaje stanowczo, że dotąd nie dostrzegła, by kość odeszła. Przed 10-ciu laty utraciła ostatnie zęby i od tego czasu jadała tylko drobno posiekane mięso i płyny, dopóki sobie przed bardzo niedawnym czasem nie sprawiła sztucznych zębów. Oprócz chwilowego zaparcia stolca połączonego z bólami zawsze czuła się zdrową.

16. Września 1893 r. nagle bez znanej przyczyny zachorowała wśród gwałtownych objawów ostrego zapalenia otrzewny: dreszcze, ciepłota 40°, tętno 120, słabe, wymioty, zaparcie stolca, obolałość całego brzucha, zwłaszcza zaś połowy jego lewej.

Następnego dnia objawy ogólne pozostały te same, tylko że bolesność brzucha ograniczyła się do miejsca wielkości dłoni na lewo od pępka, na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego. Skóra w tem miejscu była mocno zaczerwieniona a badanie wykazało w głębi twardy naciek. Po trzech dalszych dniach utworzył się w tem miejscu ropień kałowy a skóra w obszarze 25 cm.² uległa zgorzeli. Z pod obumarłego strupa sączyła się obficie płynna treść jelitowa, koloru zielonej trawy i cuchnąca ropa. Z chwilą, gdy ropa poczęła odpływać na zewnątrz, ciepłota spadła do prawidłowej. Pomimo powstałej przetoki jelitowej stolce odchodziły i drogą zwyczajną.

[1]) Cały szereg nader zajmujących przypadków znajduje się w Archiv f. klin. Chirurgie. T. VIII. str. 612 i nast.
[2]) Ref. w Jahresbericht za 1868. II. str. 141.
[3]) Ref. w Centralblatt f. Chirurgie. 1876. str. 176
[4]) Przyczynek do przebywania ciał obcych w jelicie. Przegląd lekarski. 1892. str. 272.

Po usunięciu obumarłej skóry dostrzeżono w 10. dniu choroby w głębi otwór wielkości bobu, prowadzący do przyrosłego jelita cienkiego. W otworze tym sterczało prostopadle do osi jelita obce ciało, które za pomocą szczypczyków z łatwością dało się wyjąć Pokazało się, że była to blaszka kostna, kształtu eliptycznego, na 4 cm. długa, w miejscu najszerszem 1 cm. mająca. Kość ta była od treści jelita tak mocno zabarwioną na brudno-zielono, że mimo długiego macerowania w wodzie przekroplonej barwy tej nie utraciła. Zresztą wyglądała kość ta zupełnie prawidłowo; była tylko nader krucha tak, że przy każdem silniejszem ujęciu odpadały z niej drobne kawałeczki. Wejrzeniem i kształtem przypominała najbardziej mostek z drobiu.

Po wyjęciu kostki jelito zlepiło się rychło i rana zagoiła się w powłokach brzusznych. Od tego czasu pacyentka cieszy się zupełnem zdrowiem.

II. Kiła dziedziczna i wrodzona.

Skreślił

Dr. Karol Szadek w Kijowie.

II.

Etyologia i patogeneza kiły dziedzicznej i wrodzonej.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 41).

Ogólny charakter, cechy i stopień objawów kiły dziedzicznej pozostają zwykle w pewnej prawidłowej zależności od wieku, okresu i stopnia rozwoju kiły rodziców; na wymienioną okoliczność zwracali już dawniej uwagę Diday[1]) i Röger[2]), najdokładniej jednak rozpatrzył tę kwestyę Kassowitz[3]), który w długim szeregu 119 przypadków kiły dziedzicznej wykazał prawidłowe stopniowanie objawów kiły potomstwa w stósunku do wieku i stopnia choroby rodziców. Z przytoczonych przez niego spostrzeżeń najwięcej przekonywające w tej mierze tyczyły się matek kiłowych, które w ciągu kilku lat po zakażeniu wydawały na świat potomstwo coraz mniej dotknięte chorobą. Za przykład służyć może następny przypadek: pewna matka nabyła w roku 1863. kiły po wydaniu na świat zdrowego dziecka; w roku 1865. poroniła w 7-mym miesiącu ciąży nieżywe dziecko; w następnym roku nastąpiło też poronienie w 7-mym miesiącu ciąży, dziecię jednak żyło przez 5 godzin po przyjściu na świat. W końcu 1867. roku urodziła donoszone, lecz nieżywe dziecię, w roku zaś 1869. wydała na świat pozornie zdrowego chłopca, u którego jednak po upływie kilku tygodni wystąpiły objawy kiłowe na skórze i błonach śluzowych; wymienione dziecię zmarło w 4-ry miesiące później. W 1870. roku urodziło się dziecko zdrowe, które wszakże po upływie 6-ciu tygodni zapadło na osutkę kiłową; pojawił się później nawrót kiły, który ustąpił po właściwem leczeniu. W 1874. roku a więc po upływie 9-ciu lat od chwili zakażenia się matki kiłą, wydała ona na świat zdrowe i wolne od wszelkich objawów kiły dziecię. W niektórych wprawdzie przypadkach można dostrzedz pewną nieprawidłowość w odziedziczaniu kiły, która wyraża się w ten sposób, iż po przyjściu na świat dzieci mniej dotkniętych kiłą następuje poród bardziej zakażonego potomstwa lub pomiędzy dwoma porodami dzieci kiłowych, rodzi się zdrowe i niezakażone. O przyczynach takiej nieprawidłowości mówiliśmy już poprzednio, tu zaś nadmienimy, iż oprócz wpływu leczenia rodziców na poród dzieci więcej lub mniej zakażonych należy niekiedy upatrywać przyczynę takiej nieprawidłowości w tej okoliczności, iż u matki nawroty choroby przeplatane bywają chwilowemi przerwami, podczas których jajko może jakiś czas być mniej zakażonem lub nawet zupełnie zdrowem. W rzadkich przypadkach nie dostrzega się wcale żadnego stopniowania w kile potomstwa, jednak prawie nigdy nie napotykamy przypadku, w któryinby kiła dziedziczna wzmagała się z każdym porodem; Mandon zaś twierdzi przeciwnie, iż dzieci spłodzone przez rodziców dotkniętych świeżą kiłą przedstawiają mniej wybitne i powierzchowne zmiany kiłowe, późniejsze zaś potomstwo, zrodzone z rodziców znajdujących się w okresie późniejszym kiły, jakoby było więcej zakażonem; zdaniem też Hutchinsona, jak o tem już wzmiankowaliśmy wyżej, późniejsze dzieci są zwykle więcej zakażone od poprzednich, spłodzonych w początkowym okresie kiły matki. Twierdzeniu Mandona i Hutchinsona przeczą liczne spostrzeżenia, zebrane przez wszystkich innych autorów i wobec dzisiejszego stanu naszej wiedzy o kile dziedzicznej, prawo stopniowego wygasania i słabnienia kiły u potomstwa pochodzącego od kiłowych rodziców uznać trzeba za należycie uzasadnione.

Blaise[1]) dzieli na trzy peryody cały czas, w którym kiła rodziców zdolną jest do przekazywania się dziedzicznego potomstwu; długość wymienionych peryodów nie jest jednakową w rozmaitych przypadkach i pozostaje zwykle w pewnej zależności od charakteru i przebiegu kiły rodziców. Pierwszy peryod cechuje się kilkakrotnie powtarzającemi się poronieniami nieżywego płodu i trwa zwykle podczas świeżych, drugorzędnych objawów kiły rodziców; w drugim peryodzie przychodzą na świat donoszone dzieci, dotknięte wybitnemi zmianami kiłowemi; kiła rodziców wtedy znajduje się zwykle w końcu drugorzędnego okresu; w trzecim zaś peryodzie, gdy kiła rodziców wstąpiła już w okres późnych, trzeciorzędnych objawów, rodzi się wreszcie zdrowe i wolne od kiły potomstwo.

Rozpatrując rozmaite okoliczności wpływające na dziedziczenie kiły, napotykamy jeszcze jednę kwestyę, która ma ważne znaczenie ze względu na rokowanie; powstaje mianowicie pytanie, czy łagodna kiła rodziców (*syphilis benigna*), pozwala na pomyślniejsze rokowanie względem odziedziczania kiły i czy złośliwy przebieg kiły ojca i matki wywołuje następnie poważne i wybitne zmiany kiłowe u potomstwa? Za najlepszą odpowiedź na to pytanie służyć może zdanie wypowiedziane przez Fourniera[2]), doświadczeniu którego najzupełniej zaufać możemy; utrzymuje on, iż w niektórych przypadkach dostrzega się wprawdzie bezpośredni stósunek pomiędzy złośliwością przebiegu kiły rodziców a stopniem kiły potomstwa, w przeważnej jednak liczbie przypadków brakuje wcale tej zależności i bardzo często wydarza się, iż rodzice dotknięci złośliwą kiłą płodzą potomstwo, u którego kiła przebiega dość łagodnie, oraz napotykają się przypadki, w których łagodna kiła rodziców przekazuje się dzieciom w postaci złośliwej.

Pozostają nam jeszcze dwie kwestye do rozpatrzenia; jedna z nich tyczy się sposobu odziedziczania i objawiania

---

[1]) l. c. str. 228—230.
[2]) L'Union médicale. 1865. 10—19.
[3]) l. c. str. 102—107.

[1] l. c. str. 78.
[2]) Bulletin médical. 1889. 52. str. 821.

się kiły u bliźniąt, druga zaś przekazywania się dziedzicznego kiły trzeciemu pokoleniu, t. j. udzielania się choroby wnukom.

Niejednokrotne spostrzeżenia stwierdziły, iż kiła rodziców przekazując się bliźniętom, objawia się u nich zwykle w niejednakowym stopniu a nawet niekiedy wydarzały się przypadki, w których z dwojga bliźniąt spłodzonych przez rodziców kiłowych, jedno przedstawiało wybitne zmiany swoiste, drugie zaś było zdrowem i zupełnie od kiły wolnem; podobne przypadki spostrzegali i opisali: Lucinsky[1]), Puzin[2]), Hutchinson[3]) Cauty[4]), Diday[5]) i Buhe[6]); przypadki zaś, w których kiła bliźniąt objawiała się w rozmaitym stopniu u każdego z nich, ogłosili Campbell[7]), Clemens[8]), Price[9]), Caspary[10]), Heim[11]) i Müller[12]). Wobec niedokładnych wiadomości o samej istocie dziedziczenia kiły oraz szczupłe nagromadzonych w tej mierze spostrzeżeń, nie możemy dokładnie wyjaśnić podobnego zjawiska; zapisać tu jednak wypada, iż przytoczone spostrzeżenia stanowczo przemawiają przeciw łożyskowemu zakażeniu się płodu kiłą od matki, gdyż wtedy niemożliwym byłby niejednakowy stopień zakażenia się u dwojga bliźniąt, znajdujących się podczas ciąży w najzupełniej jednakowej zależności od ustroju matki; oboje bowiem w przeciągu 9 miesięcy odżywiają się jednakowo i otrzymują z jednego źródła pokarm a więc zatrucie ustroju powinno być u nich jednakowe. Prawdopodobnem wydaje się przypuszczenie, iż bliźnięta w tego rodzaju przypadkach powstały z dwóch komórek nasiennych, które były niejednakowo zakażone, lub też jedna komórka była zdrową i wolną od przymieszki przyrzutu kiłowego, druga zaś była zakażoną.

Niektórzy autorowie, zadając sobie ważne pytanie, jaki wpływ może wywrzeć kiła rodziców na zdrowie dalszych pokoleń, przypuszczali, iż ojciec lub matka, którzy w dzieciństwie przebywali kiłę dziedziczną, mogą przekazać swą chorobę dzieciom. W ten sposób więc powstała kwestya odziedziczania kiły w trzeciem pokoleniu; wszakże liczba spostrzeżeń w tej mierze bardzo jest szczupłą. Pomijamy tu przypadki Atkinsona[13]) i Keyesa[14]), gdyż sami autorowie uznali je później za wątpliwe[15]).

Najdawniejszy przypadek Hutchinsona[16]) tyczył się młodej kobiety, cierpiącej na śródmiąższowe zapalenie rogówki *(keratitis interstitialis)*, obok tego zęby jej przedstawiały zmiany właściwe późnej kile dziedzicznej; urodzone przez nią dziecię wkrótce po przyjściu na świat zapadło na drugorzędne objawy kiłowe. Opierając się na wskazówkach udzielonych autorowi przez ojca, który twierdził, iż nigdy kiły nie przebywał, sądził Hutchinson, iż w przypadku tym kiła przeszła na trzecie pokolenie oraz, że matka dziecięcia, odziedziczywszy od swoich rodziców kiłę, przekazała ją w spadku swemu dziecięciu.

W przypadku Simona[1]) pewna dama, której ojciec przebywał niegdyś kiłę dziedziczną, wydała na świat dziecię kiłowe. Przypadek Collina[2]) tyczył się zamężnej kobiety, która poroniła pierwsze dziecię, następnie wydała na świat kolejno córkę i trzech chłopców; z tych dwoje młodszych było zdrowych i nie wykazywało żadnych oznak kiły; najstarszy zaś chłopiec w 9-tym roku życia zaczął zapadać na rozmaite osutki skórne i nieżyty błon śluzowych, obok tego dostrzeżono u niego objawy głębokiego zajęcia płuc. Po zastosowaniu środków przeciwkiłowych zdrowie chłopca polepszyło się znacznie. Autor przyszedł do wniosku, iż kiła chłopca musiała pochodzić od dziadka, który przekazał kiłę córce, ta zaś udzieliła choroby swemu dziecku. Wymieniony przypadek już z tego powodu wydaje się wątpliwym, że o zdrowiu ojca dziecka kiłowego brakowało wcale wiadomości; nie możemy więc tu wyłączyć ojcowskiego pochodzenia kiły dziedzicznej; wobec zaś tej okoliczności, iż starsza córka i dwoje najmłodszych dzieci były wolne od zakażenia kiłowego, wypada przypuścić, iż chłopiec kiłowy otrzymał chorobę w spadku po nieznanym (nieprawym?) ojcu, pozostałe zaś dzieci zostały spłodzone przez zdrowego ojca prawego.

Przypadek Dezanneau[3]) tyczył się młodego żołnierza, który dwukrotnie chorował na porażenie połowicze (*hemiplegia*), wyleczone za każdym razem wcieraniami szaruchy i jodkiem potasowym; ojciec wymienionego chorego cierpiał w 14-tym roku życia na porażenie dolnych kończyn i uporczywe bóle głowy. Pomimo braku wiadomości o stanie zdrowia dziadka i babki, oraz nie wziąwszy pod uwagę wątpliwości co do kiłowej natury choroby ojca, twierdzi Dezanneau, iż choroba żołnierza była kiłą odziedziczoną od dziada lub babki.

W przypadku Kinga[4]) rodzice, którzy nigdy przedtem nie przebywali kiły, spłodzili dwoje bliźniąt, dotkniętych wkrótce po urodzeniu wybitnymi objawami kiły na skórze i błonach śluzowych; matka karmiąc swe bliźnięta, dostała od nich wkrótce stwardniałego wrzodu, który usadowił się na brodawce piersiowej, następnie zaś wystąpiły u niej ogólne zmiany kiłowe a że z wywiadów wypadło, iż babka bliźniąt ze strony matki kilkakrotnie poroniła, powziął King podejrzenie, że choroba bliźniąt pochodzić musiała od owej babki. Takiemu przypuszczeniu sprzeciwia się już zarażenie się matki od bliźniąt; gdyby bowiem matka pośredniczyła w sprawie przekazania kiły od babki, musiałaby być odporną względem choroby własnych dzieci.

W przypadku Cezara Boecka[5]) matka wnet po urodzeniu dwojga zdrowych i niekiłowych dzieci spłodziła trzecie z wyraźnemi objawami kiły dziedzicznej, mąż zaś jej nie przebywał wcale kiły; matka więc, zdaniem autora, musiała odziedziczyć kiłę od swych rodziców i następnie przekazała ją swemu trzeciemu dziecięciu. Dlaczegoż jednak dwoje starszych dzieci nie uległo zakażeniu? Najprawdopo-

[1]) Journal f. Kinderkrankheiten. 1859. XXXV. str. 285.
[2]) Gazette médicale d' Algier. 1862. 6.
[3]) British medical Journal 1868. March 2.
[4]) Journal of cutan. medicine. 1870. September.
[5]) Bulletin médical 1889. 54. str. 854.
[6]) Archiv f. Dermatol. und Syphilis. 1891. 2. str. 342.
[7]) Edinb. medical Journal. 1844. str. 515.
[8]) Deutsche Klinik. 1853. 14.
[9]) Abstract of medical science str. 280.
[10]) Berliner klin. Wochenschrift. 1875. 13. 14.
[11]) Bericht d. St. Josefkinderspitales pro 1884.
[12]) Lehre von der hereditären Syphilis. Inaug. Dissert. Breslau. 1888.
[13]) Archiv f. Dermatol. 1877. January str. 106.
[14]) The venereal diseases. N. Jork 1880. str. 73.
[15]) Journal of cutan. diseases. 1889. 9. str. 331.
[16]) London Hosp. Rep. 1865. II. str. 153.

[1]) Transact. London pathol. Society. 1876. str. 421.
[2]) Dict. encyclop. des sciences médicales. Paris 1884. CXLII.
[3]) Monatsh. f. prakt. Dermatol. 1888. I. str. 598.
[4]) Journal of cutan. diseases. 1889. 9. str. 328—332.
[5]) Annales de dermatol. et de syphil. 1889. 10. str. 782.

dobniejszem wydaje się tu przypuszczenie, iż matka nie była wcale kiłową przed spłodzeniem trzeciego dziecka, którego zresztą choroba mogła pochodzić od nieprawego kiłowego ojca.

Hochsinger[1]) ogłosił przypadek tyczący się 21-letniej kobiety, która przebyła w dzieciństwie kiłę dziedziczną; urodziła ona dziecię z objawami kiły. I w wymienionym przypadku kiła dziecka mogła pochodzić nie od matki, lecz od ojca, o którym nie znajdujemy żadnej wzmianki w opisie przypadku.

Rozpatrzywszy się w wymienionych wyżej przypadkach, mających dowieść przekazywania się kiły dziedzicznej trzeciemu pokoleniu, musimy przyjść do wniosku, iż żaden z nich nie jest wolnym od poważnych zarzutów a wszystkie są wątpliwe, nieprzekonywające. Z teoretycznej też strony wypada zaprzeczyć wcale możliwości odziedziczania kiły przez wnuków choćby z tego względu, że okres zakaźny kiły, podczas którego choroba może przechodzić na potomstwo, nie może trwać tak długo, jak to przypuszczać muszą zwolennicy teoryi odziedziczania kiły w trzeciem pokoleniu. W przytoczonych wyżej przypadkach kiła dziedziczna po upływie 18 do 25 lat przekazywać się miała dzieciom. Najsłuszniejszem jest przypuszczenie, iż w wymienionych przypadkach kiła wnucząt musiała pochodzić nie od dziadka lub babki, lecz od ojca. (Ciąg dalszy nastąpi).

III. Z kliniki ginekologiczno-położniczej pod kierunkiem prof. Dra H. Jordana.

W sprawie płodności kobiet mających włókniaki macicy.

Podał
Dr. Aleksander Rosner,
I-szy asystent.

(Dokończenie. Patrz Nr. 41).

Zobaczmy teraz, jak się zachowuje płodność, jeżeli oddzielimy kobiety, mające włókniaki podśluzowe od osób dotkniętych włókniakami ściennymi i podsurowiczymi. A powinniśmy to uczynić, bo już z góry musimy przypuszczać, że osoby cierpiące na włókniaki podśluzowe szyi czy trzonu muszą być częściej niepłodne, niż osoby należące do drugiej grupy. Przecież wiemy, że właśnie włókniaki podśluzowe w najwyższym stopniu utrudniają zapłodnienie i czynią je najczęściej wprost niemożliwem tak, że niemal wszystkie znane przypadki powikłania ciąży włókniakami z wyjątkiem kilku Felsenreicha[2]), Mayo Robsona[3]) i t. p. tyczyły się włókniaków ściennych i podsurowiczych. Tymczasem zobaczymy i wyczytamy z cyfr statystycznych, że jest wprost przeciwnie.

Z naszych 193 kobiet u 63 były włókniaki podśluzowe, u 130 podsurowicze i ścienne. (Łączę tu podsurowicze ze ściennymi dlatego, że cyfry, które otrzymałem dla każdej z tych grup z osobna, są najzupełniej równe) 63 kobiety z włókniakami podśluzowymi urodziły razem 293 dzieci, to jest jedna 4·6. Ale między niemi było 9 niepłodnych (14%); więc ta cyfra 293 porodów musi być rozdzielona między 54 kobiet; wypada wtedy na jedną 5·4 porodów. Liczba to nietylko większa od średniej liczby porodów u kobiet mających włókniaki, ale większa od średniej u kobiet zdrowych. Wynik najzupełniej niespodziewany i dziwny.

W drugiej grupie, złożonej ze 130 kobiet, mamy tylko 329 porodów czyli 2·5 na jedną a jeżeli znowu odtrącimy niepłodnych 16, to ta cyfra porodów rozdzieli się na 114 osób; wypadnie wtedy na jednę 2·8 porodów, cyfra mniejsza nietylko od średniej dla osób zdrowych, ale i od średniej dla osób cierpiących na włókniaki. Więc po stronie włókniaków podśluzowych płodność większa od prawidłowej, po stronie podsurowiczych i miąższowych tak znacznie mniejsza. Ale i inne zestawienie jest równie zadziwiające. Widzieliśmy, że na 193 kobiet było tylko 13 stanu wolnego, które nie rodziły; z tych 13 tylko jedna należy do grupy włókniaków podśluzowych, 12 do grupy drugiej.

Do podobnego wyniku dochodzi Schorler[1]) z tą różnicą, że u niego przedewszystkiem włókniaki podsurowicze łączą się z niepłodnością, w znacznie zaś mniejszym stopniu podśluzowe i ścienne. Tę dziwną okoliczność stara się autor tłómaczyć w następujący sposób: *Erklären liesse sich die starke Betheiligung der subserösen Tumoren an der Sterilität, glaube ich, sehr wohl. Gerade sie machen am häufigsten partielle Peritonitiden mit ihren Folgen, wie Schwartenbildung um die Ovarien, Verschluss und Obliteration der Tuben, was um so mehr in's Gewicht fällt, da gerade die subserösen Tumoren häufiger als die übrigen Formen multipel zu beiden Seiten des Uterus aufzutreten pflegen.* To tłómaczenie nie zadawalnia wszakżeż Gusserowa[2]), który sądzi, że cyfry Schorlera *mit den . . . Thatsachen bisher nicht in Einklang zu bringen sind.* Tłómaczenie Schorlera nie trafia też rzeczywiście do przekonania. Jeżeli prawdą jest, że złogi koło jajników, że zamknięcie trąbek, że mnogość i obustronność włókniaków podsurowiczych wywołują tak niezmiernie często niepłodność, to zachodzi pytanie, dlaczego mimo to powikłanie ciąży tą postacią włókniaków jest właśnie najczęstsze. Jeżeli rozumowanie Schorlera jest słuszne, to ciąża w tej formie nowotworów musi być rzadszą, niż w innych, a przecież wiedzą wszyscy, że jest wprost przeciwnie. Należy więc szukać innej drogi rozumowania.

Kobiety, które już mają wyraźne włókniaki, jakakolwiek by była ich postać anatomiczna, zastępują rzadko. Ażeby sobie ułatwić rozumowanie, powiedzmy *(quod non)*, że nie zastępują wcale. Jeżeli więc mówimy o płodności kobiet mających włókniaki, jeżeli mówimy o liczbie odbytych porodów, to mamy na myśli płodność i liczbę porodów w czasie, w którym ta kobieta nie miała jeszcze włókniaków, w czasie, w którym była zdrowa. Zapewne, nie jest to matematyczną prawdą, ale ciąża i poród u osoby mającej włókniaki wydarzają się tak rzadko, że bez wielkiego błędu możemy ich tu nie brać w rachubę. Rozchodzi się więc głównie o to, kiedy, w jakim okresie życia pacyentki zaczną się rozwijać włókniaki. Osoba mająca n. p. od 18-go roku życia włókniaki podsurowicze, może być niepłodną, choć ma tę

[1]) Kaposi: Pathol. und Therapie der Syphilis. Stuttgart 1891. str. 387.
[2]) Felsenreich: Wiener med. Wochenschrift. 1887. Nr. 52.
[3]) Mayo Robson: The British medical Journal. 1889. November. str. 1034.

[1]) l. c. str. 145.
[2]) l. c. str. 133.

postać nowotworów, która najmniej zapłodnieniu przeszkadza, kobieta zaś, u której w 50-tym roku życia rozwinie się włókniak podśluzowy, może być matką 10-ga dzieci, choć ma tę postać włókniaków, która zapłodnienie w najwyższym stopniu utrudnia; ona była przez cały okres płodzenia zdrową. To jedna premisa.

Powtóre nie ulega wątpliwości, że włókniaki podsurowicze i te ścienne, które nie sprowadzają krwotoków, mogą przez cały szereg lat, często i przez całe życie nie wywoływać żadnych objawów. Natomiast włókniaki podśluzowe objawiają się zwykle wcześnie krwotokami. Jeżeli więc zgłasza się do lekarza osoba mająca włókniaki podsurowicze, n. p. do pępka sięgające i mówi, że dostrzegła guz od miesiąca, lub, że objawy te lub inne trwają od niedawna, to nie wynika z tego bynajmniej, żeby i nowotwór był tak świeżej daty. Może ona nosi go już od lat 2, 4 lub 10, nic o nim nie wiedząc, i może od tego czasu jest niepłodną. Przeciwnie, jeżeli szuka porady pacyentka z włókniakiem podśluzowym, najczęściej z powodu krwawienia, to wiedząc o tem, że ta postać nowotworów objawia się wcześnie, nie przypuszczamy, żeby rozwój guza trwał u niej długo; owszem przypuszczamy, że ona jeszcze niedawno, może przed rokiem, była zdrowa. To druga premisa.

A teraz zobaczmy, w jakim wieku zgłaszały się do nas pacyentki z włókniakami.

Osoby mające guzy podśluzowe były w ogóle i średnio starsze od innych. I tak na 63 kobiet z włókniakami podśluzowymi było tylko 19 poniżej lat 40, 44 zaś powyżej. Ze 130 kobiet mających inną postać tego samego nowotworu było 60 poniżej a tylko 70 powyżej lat 40. Więc w pierwszej grupie było kobiet wyżej 40 lat 70%, w drugiej tylko 53%.

Jeżeli zestawimy te cyfry z dwiema wyż przytoczonemi premisami, to przyjdziemy do przekonania, że przyczyny tego na pozór dziwnego zjawiska, że kobiety z włókniakami podśluzowymi są płodniejsze od innych, należy szukać nie na tej drodze, którą wybrał Schorler. One miały dlatego więcej dzieci od innych, bo miały na zastępowanie i rodzenie więcej czasu; one były dłużej zdrowe od innych.

To rozumowanie wystarczyłoby, gdyby nam chodziło tylko o wykazanie przyczyny, dlaczego średnia liczba porodów u kobiet z włókniakami podśluzowymi jest większa, niż u kobiet z innymi włókniakami. Ale jak widzieliśmy, ta średnia liczba jest większa, niż u kobiet zdrowych. Nasuwa się samo przez się pytanie, czy właśnie duża liczba porodów nie usposabia do powstania włókniaków; pytanie, które nas wprowadza w ciemne dziedziny etyologii włókniaków i nowotworów w ogólności. Niewątpliwie cyfry moje są zamałe i zamało jaskrawe, żeby mogły na kwestyę tę rzucić pożądane światło, ale są one mimo to dobrą ilustracyą wywodów Gottschalka[1]), który w badaniach histologicznych znajduje „niezbite dowody“ *(Aus dieser Thatsache ergiebt sich die absolut beweiskräftige Schlussfolgerung, dass die Myome irritativen Ursprunges sind)*, że przyczyny etyologii włókniaków należy szukać w miejscowem drażnieniu tkanek; więc nie zupełny spokój części rodnych, jak twierdzi Cohnheim[2]) a za nim Bebel[2]), ale owszem częste drażnienie i długotrwałe przekrwienia mają usposabiać do powstania włókniaków.

[1]) Archiv f. Gynäk. 1893. T. 43. s. 534.
[2]) l. c.

IV. Oceny i sprawozdania.

Władysław Biegański: **Logika medycyny, czyli zasady ogólnej metodologii nauk lekarskich.** Wydanie z zapomogi kasy pomocy naukowej imienia Dra Mianowskiego. Warszawa 1894.

Książka, o której parę słów zamierzamy powiedzieć, jest czemś, tak treścią swoją wyróżniającem się od ogólnego tła prac lekarskich, obecnie drukiem ogłaszanych, że ten owoc literacki musimy uważać za istotną odmianę na polu umysłowego dorobku lekarzy i dopatrywać się w nim wpływu tego zwrotu w duchowym kierunku ludzkości od realizmu do idei, jaki zwiastują światu płody literatury i sztuki ostatnich czasów.

Wśród ogólnego wysilenia wzroku w zwierciadło drobnowidu, badania toksyn i antytoksyn, dociekania znaczenia zmian we krwi powstających i t. d., słowem wśród ogólnego zaprzątnięcia umysłów pracą doświadczalną, pojawia się dzieło lekarskie nawskroś teoretyczne, którego treścią, jak to już pokazuje się w tytule, nie jest chory ustrój, lecz w system ujęta logika wiedzy lekarskiej, prawidłowa metoda badania i rozumowania lekarza.

Treść i układ książki kol. B. są prawie podręcznikowe, zupełnie do streszczenia nienadające się. Po wstępie, w którym autor rzuca światło na znaczenie metody w badaniu naukowem, wyjaśnia cel swej pracy i przytacza źródła, następuje siedm działów, stanowiących główną treść książki, a mianowicie: 1) Klasyfikacya i definicya. 2) Rozpoznanie, jako metoda logiczna. 3) Metoda doświadczalna. 4) Hipoteza i teorya. 5) Metoda statystyczna. 6) Analiza i synteza. 7) Metoda dedukcyjna.

Roztrząsając każde z powyżej przytoczonych zagadnień, rozpoczyna autor od pojęć i zasad ogólnej logiki, następnie stosuje metodę roztrząsaną do nauk przyrodniczych, a wreszcie do nauk lekarskich, gdzie stara się doborem obrazowych przykładów ilustrować swoje myśli. Ze względu na to, że dzieło kol. B. jest przeznaczone dla lekarzy, niezawodnie osiągnąłby autor rychlej cel zamierzony, gdyby swoją pracę był uczynił więcej lekarską a mniej filozoficzną; wiedzieć jednak należy, że autor pracował na ugorze, którego do tej pory nie tknął się lemiesz nauki lekarskiej, gdyż rozprawa Baina, jako nielekarza, który również opracował logikę zastósowaną do medycyny, nie mogła być dla kol. B. wzorem do naśladowania i uwzględnienia.

Nie kusząc się nawet o poddanie krytycznemu rozbiorowi wyżej wymienionych siedmiu rozdziałów pracy autora, musimy poprzestać na kilku uwagach, jakie nam nasuwają myśli, wypowiedziane we Wstępie do dzieła.

Kol. B. zwycięsko mierzy się z krańcowym specyalizmem lekarzy niemieckich a doborem przykładów obrazowych usiłuje zwalczać główną zasadę szkoły niemieckiej, według której wszelka choroba polega pierwotnie na zmianach anatomicznych w jednym z narządów ustroju, które w dalszym ciągu sprowadzają zboczenia ogólne i schorzenie organizmu. Przeciw tej lokalnej zasadzie choroby szkoły niemieckiej stawia autor twierdzenie zasadniczo sprzeczne szkoły ś. p. prof. Chałubińskiego, czyli „Szkoły warszawskiej“, której wyznanie zasadzało się na twierdzeniu, że choroba jest pojęciem oderwanem, że jest ona tylko „przejawem życia, stanem, w którym proces życia częściowo lub w całości odbywa się nieodpowiednio do celów leżących w planie życia fizyologicznego“, a ze zboczeń czynnościowych w całym ustroju, jako ich wynik, powstają sprawy miejscowe, t. j. następowe zmiany anatomiczne w tym lub innym narządzie.

Autor staje po stronie ś. p. Chałubińskiego i tak jak zmarły profesor, jest zabezwzględny i jednostronny. Nauka o patogenezie chorób jest jeszcze w rozwoju i dopóki nie

wiemy, czem są w istocie tak zwane usposobienia osobnicze do chorób, jakie zmiany materyalne zachodzą w ustroju w okresie wylęgania się chorób zakaźnych, jakiemi wrotami zarazek tych chorób dostaje się do ustroju, czy i jakie sprowadza zmiany anatomiczne w narządzie, będącym dla niego furtką, dopóty medycyna musi obchodzić się bez dogmatu, czy choroby pierwotnie są miejscowe (szkoła niemiecka), a następowo uogólniają się, czy też odwrotnie: początkowo powstają zboczenia czynnościowe w całym ustroju (szkoła warszawska) a następowo tworzą się anatomiczne zmiany w narządach. Sprawa szczepienia ospy ochronnej stanowi doświadczenie na korzyść szkoły niemieckiej. Przytoczmy przykład więcej znany z patologii: wrzód twardy jest pierwotną, miejscową, zmianą anatomiczną zakażenia kiłowego; po kilku dniach brzękną gruczoły pachwinowe czyli sprawa uogólnia się a po kilku tygodniach występuje ogólny obrzęk gruczołów, osutka i t. d., co cechuje ogólne zakażenie ustroju; po latach występują objawy mózgowe, świadczące o miejscowem (w mózgu) usadowieniu się kiły (przymiotu), jako następstwo ogólnego, konstytucyonalnego zakażenia. Cóż z tego przykładu wynika? Oto początki kiłowego zakażenia przemawiają za szkołą niemiecką; uogólnianie się sprawy zakaźnej daje się śledzić krok za krokiem; po uzupełnieniu się ogólnego zakażenia, występują miejscowe sadowienia się kiły, podług pojęć Szkoły warszawskiej, lecz tylko następowo, a nie przyczynowo, pierwotnie. Na tym jednym przykładzie zatrzymamy się, jest ich więcej; lecz śmiemy utrzymywać, że dopóki postęp wiedzy lekarskiej nie wyda nowego hasła, to ani zasady ś. p. prof. Chałubińskiego z przed 30 laty, ani dzielna odsiecz dana im w dobie obecnej przez kol. Biegańskiego, nie przestaną być doktryną hipotetyczną, wprawdzie nader ponętną, często sprawdzającą się, ale daleką jeszcze od tych podwalin dogmatycznych, na których bezpiecznie mógłby oprzeć się gmach nowej szkoły.

Sądzę, że to, co wyżej powiedzieliśmy, może najlepiej nam wytłómaczy, dla czego „S z k o ł a w a r s z a w s k a" miała żywot tak efemeryczny i tak słaby ślad zostawiła w literaturze lekarskiej. A jeśli zasadnicza myśl tej Szkoły miała ten wynik, że (jak twierdzi kol. B. na stronicy 6.) prof. Chałubiński w swej klinice „mały kładł nacisk na e r u d y c y ę", to bezpłodność doktryny zasadniczej była nieuniknioną.

Wracając do ogólnych uwag o książce Dra B., godzi się zapytać, jaki cel zamierzył autor osiągnąć rozprawą treści tak teoretycznej i oderwanej? Myśli i dążenia autora są przyrody pedagogicznej: zamierzył on swą pracą rozbudzić wśród lekarzy zamiłowanie do abstrakcyjnego myślenia i wywołać krytyczne zastanowienie się nad podstawami naszej nauki. W choasie i natłoku myśli przy łóżku chorego, naukowa metoda badania ma sprowadzić ład umysłowy, uświadomić i oświetlić drogi, któremi myśl, jak po nici, szuka sobie wyjścia z labiryntu domysłów. Każdy człowiek i bez nauki gimnastyki umie chodzić, lecz tylko cielesne ćwiczenia doprowadzają organizm do zręcznego, miarowego, swej energii świadomego ruchu. Poznanie metod badania naukowego jest to odbycie kursu gimnastyki umysłowej, która ma ująć anarchiczny bieg myśli w formy lub metody stałego porządku naukowego i ukazać lekarzowi drogi, po których umysł jego ma zdążać do światła prawdy, ze spotęgowaną siłą i pewnością rozumowania.

Niepodobna jednak łudzić się, ażeby pokolenie dziś czynnych lekarzy przejęło się myślą i dążeniami autora: wzrosłe i kształcone w zasadach kierunku wyłącznie doświadczalnego, nie posiada ono daru abstrakcyjnego rozumowania, więcej nawet: włada niem jakaś neurastenia psychiczna, pewien wstręt do dociekań i rozmyślań oderwanych. Natomiast, gdyby kierunkiem wskazanym przez autora *Logiki Medycyny* przejęli się wpływowi pisarze, a zwłaszcza profesorowie i to tak przy łóżku chorego, jak i w wykładach propedeutycznych, powstaćby mogła w przyszłości szkoła lekarska z właściwą narodowi naszemu cechą umysłową i etyczną, czego śladów dopatrywał się w badaniach polskich lekarzy już ś. p. prof. Szokalski a kol. Biegański odniósłby zasłużoną nagrodę za pracę tak żmudną a tak sumienną. *Dr. A. Kwaśnicki.*

O nieżycie błony śluzowej macicy i jego leczeniu.

(Rzecz przedstawiona sekcyi ginekologicznej VII. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie r. 1894).

Napisał

Dr. Bronisław Skałkowski,

były asystent kliniki prof. Chrobaka we Wiedniu, lekarz chorób kobiecych we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 41).

Zanim jednakże przejdziemy do terapii, musimy podzielić zapalenie błony śluzowej macicy na dwa wielkie działy tak, jak one przedstawiają się klinikowi, na formę nieżytową i formę krwawnicową. Inni, jak J. Heitzmann [1]) dodają jeszcze trzecią formę, bolesną. Tak samo Pozzi. W tych trzech rodzajach rozróżniają anatomicznie *endometritis hypertrophica*, *papillaris*, *fungosa*, *polyposa*, *decidualis*, *dysmenorrhoica*, *exfoliativa*, *dissecans*, *atrophicans* i t. d.

Dla celów praktycznych zupełnie jest wystarczającem przyjęcie dwóch form, nieżytowej i krwawnicowej; mniejsze lub większe bóle mogą się łączyć z jedną lub drugą formą i taki też podział podał Skutsch [2]) na Zjeździe ginekologów w Bonn.

Co do sposobu leczenia formy krwawnicowej, zdania autorów nie wiele różnią się od siebie. Leczenie jest chirurgiczne. W pierwszym rzędzie, w razie znacznych krwotoków tamponowanie pochwy, środki uśmierzające krwawienie zadane wewnętrznie, jak sporysz, *hydrastis canadensis*, następnie wyskrobanie macicy.

Rzecz prosta, że uwzględnić trzeba, czy krwawienie jest tylko wyrazem choroby błony śluzowej, czy ma inne przyczyny. Z ogólnych wyliczę hemofilię, wyniszczające choroby, niedokrewność, wady organiczne serca, z miejscowych choroby jajników i trąbek, nowotwory dobrotliwe jak włókniaki, złośliwe jak rak, resztki zatrzymanego łożyska, wady ułożenia macicy *(flexiones)*. Na małe włókniaki, usadowione w tylnej ścianie macicy, szczególną uwagę zwracał Leopold. W wieku przejściowym krwawienie, zdaniem Breuneckego [3]), może mieć swoją przyczynę w zadrażnieniu jajników, które sposobem odruchowym wywołują krwawienie. Przemawia za tem przypuszczeniem okoliczność, że miesiączkowanie trwa coraz dłużej. Nowy przypływ krwi miesiączkowej trafia na dawny stan przekrwienia tak, że coraz dłużej trwa miesiączka i wreszcie powstają krwotoki, które znowu z ustaniem czynności jajników same z siebie mogą ustać. Forma ta, anatomicznie biorąc jako *endometritis fungosa*, tworzy zdaniem Leopolda [4]) przejście do raka trzonu macicy. Forma krwawnicowa nieżytu jest chorobą późniejszego wieku; że jednak krwotoki bardzo uporczywe wystąpić mogą i we wczesnym wieku, poucza ten sam autor, który dziewicy zmuszony był wyskrobać macicę. Dalché [5]) również u *virgo intacta* zatamował krwotoki wstrzykiwaniami roczczynu półtorachlorku żelaza do jamy macicznej; Martin zaś był zmuszony po wytrzebieniu wyjąć całą macicę z przyczyny krwotoków.

Już samo pojawienie się plam krwawych po zmęczeniu fizycznem w czasie między peryodami, po jeździe, spółkowaniu należy do objawów tej formy nieżytu. Symptomatologicznie ważnem jest łatwa dostępność i rozwarcie ujścia macicznego. Czasem krwotoki są tak uporczywe, że łatwo

[1]) J. Heitzmann: Centralblatt f. Gyn. 1888. Nr. 241.
[2]) Skutsch: Congress deutscher Gyn. Bonn 1891.
[3]) Breunecke: Archiv für Gyn. T. XX. Z. 3.
[4]) Leopold: Centralblatt f. Gyn. 1886. s. 155.
[5]) Dalché: Gaz. méd. de Paris 1885. Nr. 49.

może powstać podejrzenie, czy w danym przypadku nie rozchodzi się o nowotwór złośliwy. Abel[1]), który badał *endometrium* obok równoczesnego raka macicy, doszedł do przekonania, że zmiany tamże powstałe uważać trzeba za zmiany mięsakowate (*sarcoma*), gdy Eckhardt[2]) i Fränkel[3]) uważają te zmiany za zwykłe w *endometritis chronica*. Cornil[4]) zadaje pytanie, czy *endometritis*, czy rak i odpowiada na nie. W *e. chronica* znajduje się zawsze warstwa płaskich komórek, na której znajduje się przybłonek i którego migawki prawie zawsze są utrzymane.

Tkanka międzygruczołowa ma mało białych ciałek krwi a tkanka łączna jest równoległa do przebiegu gruczołu. W raku znajduje się gruczoły przedłużone i wiele nowego przybłonka, który traci swój charakter migawkowaty i kupkami wypełnia wnętrze gruczołu. Kształt komórek gruczołu także się zmienia; stają się one więcej sześcienne o ścianach załamanych, wkrótce ściana gruczołu zostaje przebita i znajduje się masy komórkowe w okolicy.

Leczenie formy krwawnicowej nieżytu macicy polega na użyciu środków wewnętrznych, tamponów, wstrzykiwań ściągających i przeciwgnilnych a głównie, z wyjątkiem szczególnych przypadków, gdzie potrzeba było cięższych zabiegów operacyjnych, na wyskrobaniu macicy. Różni autorowie wstrzykują do jamy macicznej rozmaite środki żrące; ponieważ jednak tego sposobu leczenia używa się i w formie nieżytowej *endometritis*, przeto zbytecznem byłoby osobno go opisywać.

W tej drugiej formie a więc nieżytowej, klinicznie wyrobił się podział i rozróżnianie nieżytu szyi i wnętrza macicy. Rzecz jest to ważna w zasadzie, nie jest to bowiem obojętnem, czy lecząc tylko nieżyt szyi, nie zaniedbuje się równoczesnego nieżytu wnętrza macicy. Sądząc *a priori*, trudno jest przypuścić, żeby obok trwającego długiego nieżytu szyi utrzymała się błona śluzowa wnętrza w stanie zdrowym. Z drugiej strony jednak łatwo zdarzyć się może, że w skutek zabiegów leczniczych stan chorobowy, ograniczony na szyję, może przeszczepić się do wnętrza macicy. Bolesność samego miąższu macicy, pewien stopień rozpulchnienia w stanie ostrym a znaczne stwardnienia w stanie przewlekłym, dozwolą rozpoznać w przeważnej liczbie przypadków, czy i sam miąższ macicy jest chory a w tym razie będzie i błona śluzowa wnętrza zmieniona chorobowo. Wrażenie, jakie robi zdrowa macica za dotknięciem się, jest podobną do uczucia, jakie się otrzymuje gniotąc palcem koniec nosa. Mając inne uczucie za dotknięciem się, trzeba podejrzywać zmiany chorobowe. Jednym z ważniejszych objawów, wskazujących na stan chorobowy wnętrza macicy, jest łatwo do niego dostępność. Do zbadania wnętrza macicy posługujemy się zgłębnikiem. Jak każda rzecz, ma on swoje dobre i złe strony a przypadki przedziurawienia macicy i ostrych zakażeń były przyczyną, że niektórzy przestrzegali przed jego użyciem. Tak jednak nie jest. Każdy przyrząd w rękach nieczystych i nieumiejętnych może przynieść szkodę, całkowite zaś usunięcie zgłębnika z ginekologii, równałoby się pozbawieniu bardzo ważnego środka rozpoznawczego rozmaitych spraw chorobowych. Myśl o ciąży absolutnie w każdym przypadku musi lekarzowi stać przed oczyma, zanim przystąpi do badania macicy zgłębnikiem; to też niedarmo Cameron, jak to opisuje Chrobak[5]), kazał zaopatrzyć zgłębniki w rękojeście przypominające kształtem swoim płód, aby w ten sposób zwrócić uwagę na możliwość ciąży. Zgłębnik w ręce wprawnej pozwala rozróżnić anatomiczne zmiany błony śluzowej wnętrza macicy.

Endometritis fungosa, ma się uczucie jakby główka zgłębnika przesuwała się po aksamicie, w *e. polyposa* skacze zgłębnik po nierównościach, toż samo w raku i gruźlicy. Również dadzą się zgłębnikiem wybadać małe ogniska patologiczne; chore za dotknięciem się tych miejsc odczuwają żywy ból i nieraz podają: t u t k w i m o j a c h o r o b a. Badanie zgłębnikiem zdrowej macicy nie jest bolesne. Podczas przejścia przez ujście wewnętrzne chore odczuwają jakby uczucie nie bólu, tylko gorąca. Jak wspomniałem, Schultze swoim próbnym tamponem chciał tę kwestyę rozstrzygnąć, czy w danym przypadku oprócz nieżytu szyi jest także nieżyt wnętrza macicy. W praktyce zdaje się, że metoda ta nie rozpowszechniła się bardzo; wreszcie i bez tamponu po odchodach można zwykle rozpoznać, czy chodzi o nieżyt szyi, czy i wnętrza.

Jeżeli ma się leczyć miejscowo błonę śluzową wnętrza macicy, to przedewszystkiem musi ona być dostępną. Najradykalniejszym w obiorze drogi ku temu celowi był Schröder, który robił obustronne nacięcia szyi macicznej, inni jak Hegar rozszerzali ją stopniowo, inni wreszcie jak Sänger, utrzymują, że tylko stósownie cienkiego i giętkiego zgłębnika potrzeba, aby dostać się do wnętrza macicy. Ze sposobów uczynienia sobie dostępnem wnętrza macicy pomijam zastarzałe mechaniczne za pomocą rozmaicie obmyślanych rozszerzaczy, jak Ellingera, Schultzego, Schatza i innych i przechodzę do rozszerzania za pomocą środków pęczniejących, *tupelo* i blaszkownicy i za pomocą Hegarowskich wałeczków, pomijając również Schröderowskie rozcięcie, jako tylko w wyjątkowych razach używane. Bez wątpienia najlepszym środkiem rozszerzającym samodzielnie szyję macicy jest pierwszy raz przez Simpsona użyta gąbka, ale też i stanowczo niebezpieczna dla trudnego odrażenia. Blaszkownica ma zaletę, że jej można nadać dowolne zgięcie, nie pęcznieje jednak jednostajnie tak jak *tupelo*, które też potrzebuje krótszego czasu do napęcznienia. Wedle Dirnera można wałeczki blaszkownicy *(laminaria)* pozbawić zupełnie zarazków, trzymając je w 1% rozczynie sublimatu w wyskoku absolutnym, co nie odbiera im własności pęcznienia. B. S. Schultze gotuje blaszkownicę w 5% kwasie karbolowym a przechowuje w zgęszczonym rozczynie jodoformu w eterze. Tak samo postępuje i Sänger[1]). Oryginalny sposób podał Kocks[2]), mianowicie zawiązuje wałeczek z *tupelo* albo blaszkownicy w kondon odrażony i napełniony cieczą przeciwgnilną; pęcznienie wałeczka odbywa się więc na koszt wody a nie soków w tkankach. Metodę tę poleca usilnie Stocker[3]). Używanie środków pęczniejących nadaje się szczególnie u osób bojących się wszystkiego, choćby w przybliżeniu podobnego do operacyi a takim jest sposób rozszerzenia ujścia za pomocą wałeczków Hegara z wielu stron polecony, między innymi przez E. Fränkla[4]). Bez uśpienia w krótkim stósunkowo czasie da się cała rzecz wykonać i to całkiem aseptycznie. W przypadkach, gdzie zwykły zgłębnik wchodzi do macicy bez trudności, w tych także leczenie wśródmaciczne będzie łatwem. Częste są jednak przypadki, gdzie już samo wstawienie części pochwowej do wziernika jest utrudnione. Dużo bardzo zależy od doboru i ustawienia wziernika. Zwykły wziernik Mayera, Fergussona, Brauna dozwala tylko w wyjątkowych przypadkach stósowania środków do wnętrza macicy a to jeżeli jama i szyja macicy znajdują się w prostej linii, w przedłużeniu osi wziernika, przy mocnem przodozgięciu macicy nie można z pomocą tego wziernika dostać się do wnętrza macicy. (Ciąg dalszy nastąpi).

[1]) Abel: Archiv f. Gyn. Berlin 1888. XXXII. 271—282.
[2]) Eckhardt: Verhandl. der deutsch. Gesellschatt f. Gyn. Leipzig 1888. II. 295.
[3]) Fränkel: Archiv f. Gyn. Berlin 1888. XXXIII. s. 146.
[4]) Cornil: Nouv. Archiv d'obstr. et gyn. Paris 1888. s. 109.
[5]) Chrobak: Deutsche Chir. Lief. 54. s. 65.

Położnictwo.

W. Friedberg: O białkomoczu po porodzie.

Białkomocz występujący bezpośrednio po porodzie uważać należy według autora za następstwo samej czynności porodowej. Wtedy bowiem mocne działanie tłoczni brzusznej

[1]) Sänger: Centralblatt f. Gynäk. 1894. s. 604.
[2]) Kocks: Centralblatt f. Gynäk. 1881. s. 235.
[3]) Stocker: Centralblatt f. Gynäk. 1884. s. 705.
[4]) Fränkel: Centralblatt f. Gynäk. 1881. s. 457.

wraz z działaniem mięśni klatki piersiowej wydechowem, obok równoczesnego zamknięcia głośni, sprowadza zastój w systemie żylnym a tem samem zastój w żyłach nerek, co następnie prowadzi do wydzielania się białka przez przewodziki nerek. Wielki wpływ na pojawianie się białkomoczu wywiera dłuższe lub krótsze trwanie czynności porodowej. Długotrwałe porody i silne bóle sprzyjają powstaniu białkomoczu. Dlatego to białkomocz pojawia się znacznie częściej i w znaczniejszej ilości u pierwiastek, aniżeli u wieloródek i tak według autora u pierwiastek w 59%, u wieloródek w 40%. Jeżeli białkomocz był jeszcze podczas ciąży, to prawie zawsze po porodzie powiększał się znacznie.

Na 51 przypadków znalazł autor tylko w 3 przypadkach wałeczki i to w dwu wałeczki szkliste a w jednym ziarniste; we wszystkich przypadkach już w cztery dni po porodzie wałeczków nie znaleziono. (*Berliner klin. Wochenschrift*. Nr. 4. 1894). *Dr. Kośmiński.*

Dührssen: **O ciąży trąbkowej i leczeniu krwotoków do jamy brzusznej z jej przyczyny.**

Rozpoznanie krwotoków do jamy brzusznej nie jest łatwe, gdyż bardzo podobne objawy występują również po przebiciu się ropnego wysięku okołomacicznego lub omacicznego do jamy otrzewnowej, lub też po przebiciu się wrzodu żołądka lub jelit. Zejście śmiertelne z pęknięcia trąbki ciężarnej nie jest konieczne; rzadkie przypadki kończą się względnem wyleczeniem, względnem dlatego, ponieważ i później nastąpić może pęknięcie worka, w którym otorbiła się krew wylana a wreszcie krwotok taki może powtarzać się. W najlepszym razie przychodzi do wytworzenia się otorbionego wysięku, który zazwyczaj bardzo trudno ulega wessaniu. Dlatego to radzi autor w przypadkach, w których rozpoznać można krwotok do jamy brzusznej skutkiem ciąży trąbkowej, wykonać laparotomię. Gdyby nie było można chorej przewieźć do kliniki lub odpowiedniego zakładu, radzi laparotomię natychmiast wykonać w mieszkaniu chorej, gdyż bardzo często z operacyą zwlekać nie można.

Ponieważ chore jeszcze przed operacyą są często bardzo niedokrewne, radzi autor tuż przed samą operacyą wykonać infuzyę rozczynu soli kuchennej, w przeciwnym bowiem razie przekrwienie naczyń krwionośnych, w jamie brzusznej po otwarciu jamy otrzewnowej występujące, może sprowadzić śmierć. Również narkoza u osób niedokrewnych jest niebezpieczną. Autor operuje po zrobieniu przedtem infuzyi; raz operował bez infuzyi, chora umarła, inne zaś przypadki zakończyły się pomyślnie.

Niektórzy przemawiają przeciwko infuzyi, gdyż po niej występuje większe krwawienie; autor sądzi, że to nie jest uzasadnione, gdyż po otwarciu jamy brzusznej krwotok zawsze operator jest w stanie utamować. (*Deutsche medic. Wochenschrift*. Nr. 2—3. 1894). *Dr. Kośmiński.*

Choroby wewnętrzne.

E. Neusser: **Szczególne zmiany we krwi w skazie moczanowej.**

N. opisuje szczególniejszy sposób oddziaływania na mieszaninę *triacidii* Ehrlicha[1]) leukocytów w dnie (*arthritis uratica*). Przy barwieniu tym środkiem występują w pierwoszczu leukocytów, przeważnie w bezpośredniem sąsiedztwie jądra szczególniejsze ziarnka i grudki mocno czarno zabarwione. Autor skłania się zgodnie z wynikiem badań Horbaczewskiego do zdania, że pomieniony odczyn pierwoszcza leukocytów jest objawem rozpadu nukleiny, której cząstki utraciły skutkiem wadliwego odżywienia odporność właściwą substancyi chromatynowej jądra.

Wobec tego, że autor nietylko w przypadkach typowych dny, lecz także w wielu przypadkach dny tak zwanej nieregularnej, (przypadek ostrego gośćca stawowego, dusznicy nerwowej, chorób skórnych przewlekłych, zboczeń żołądkowo-jelitowych, neuralgii, neurastenii przebiegających z powiększeniem się tak ilości kwasu moczowego, jak i jego współczynnika w stosunku do mocznika, wykazał rzeczony odczyn leukocytów, w innych zaś przypadkach chorobowych stale go brakło, odczyn ten stanowi cenny środek rozpoznawczy tak dny typowej, jak, co ważniejsza, wielu obrazów chorobowych, na skazie dnawej polegających.

Nadto częścią wbrew uznawanemu przez dawnych lekarzy antagonizmowi dny względem gruźlicy, znajdywał autor w przypadkach gruźlicy, w których badanie moczu wykazało skazę dnawą, rzewny odczyn leukocytów, przypadki wszakże takie przebiegały łagodnie i przewlekle.

Także w niektórych przypadkach cukrzycy i błonicy wykazał autor odczyn powyższy, lecz pozostawia wysnuwanie ztąd wniosków na przyszłość, gdy zbada więcej przypadków. (*Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 39. 1894).

Dr. Ponikło.

Zapiski terapeutyczne.

— Bogrow: Tyroidyna w chorobie Basedowa. Autor przekonał się, że tyroidyna działa wcale dobrze w chorobie Basedowa a na poparcie tego przytacza 3 przypadki, środkiem tym przez siebie leczone. W jednym z nich u chorej mającej 46 lat i wszystkie przypady choroby Basedowa z wyjątkiem wysadzenia gałek ocznych tętno do 130 na minutę dochodzące, po użyciu naprożno najrozmaitszych środków spróbował autor podskórnych wstrzykiwań tyroidyny. Tętno zeszło wkrótce na 60 do 86, zmniejszyły się także przypady podmiotowe ze strony serca, jak również i wól, który ostatecznie ustąpił zupełnie a następnie zmalały powoli i inne objawy choroby. Lubo chorej nie można dotychczas uważać za całkiem wyleczoną, to jednakowoż wszystkie przypady złagodniały nadzwyczajnie.

W drugim przypadku u chorej mającej 23 lat już po 5-ciu wstrzyknięciach tyroidyny spadło tętno z 150 na 120 a równocześnie zmniejszyły się znacznie wszystkie inne przypady podmiotowe i przedmiotowe. Tak samo było w trzecim przypadku u chorej liczącej lat 26, u której tętno zeszło ze 120 na 96 a wól i wysadzenie gałek ocznych zmniejszyły się wybitnie.

Autor nie używał gruczołu tarczykowego wewnętrznie z przyczyny szkodliwego jego wpływu na przewód pokarmowy (czego jednak inni nie widzieli. Przyp. sprawozdawcy *Przeglądu lekarskiego*), lecz dawał podskórnie tyroidynę przyrządzoną w następujący sposób: Do gruczołów tarczykowych (zapewne baranich), dobrze posiekanych daje się równą co do wagi ilość fizyologicznego (0·6%) rozczynu soli kuchennej i wytrawia to razem przez 24 godzin. Płyn w ten sposób otrzymany wyjaławia się w przyrządzie d'Arsonvala i następnie przesącza przez filtr porcelanowy, przez co otrzymuje się ciecz jasną i przeźroczystą jak woda, która wstrzyknięta podskórnie nie drażni ani miejscowo ani ogólnie. Wstrzykiwania rozpoczyna się od kropli, dochodzi w końcu pierwszego tygodnia do centymetra sześciennego i postępuje powoli do 4 cm.^{3}. Największa liczba wstrzykiwań wynosiła 65.

Zdaniem autora ta skuteczność tyroidyny potwierdzałaby przypuszczenie, iż choroba Basedowa pochodzi z zatrucia toksynami, które w stanie fizyologicznym ulegają zniszczeniu przez wytwory gruczołu tarczykowego. Objawy zatem choroby przerzeczonej zawdzięczają swój początek albo nadmiernemu wytwarzaniu się toksyn w ustroju albo niedostateczności fizyologicznego działania gruczołu tarczykowego. (*La médecine moderne*. 26. Września 1894).

(Dotychczas uważa się i słusznie prąd galwaniczny za najskuteczniejszy w chorobie Basedowa środek, który jednak tę ma niedogodność, iż w tem właśnie cierpieniu potrzeba

[1]) Skład barwika jest następujący:

Wysyconego wodnego rozczynu	fuksyny kwaśnej	50 cm.^{3}
	barw. pomarańczowego	70 „
	zieleni metylowej	80 „
Wody destylowanej		150 „
Alkoholu bezwodnego		80 „
Gliceryny		20 „

go używać za pomocą przyrządów bardzo dokładnych, opatrzonych w czułe galwanometry absolutne, ztąd kosztownych i do należytego działania wymagających już pewnej wprawy i doświadczenia. Dlatego skutecznie można leczyć chorobę Basedowa przeważnie tylko w miastach większych. Z tej przyczyny byłyby bardzo pożądanemi dalsze doświadczenia terapeutyczne z tyroidyną, której łatwiej przyjdzie użyć, niż prądu galwanicznego. Przypisek sprawozdawcy *Przeglądu lekarskiego).*

Nowsze leki. Arystol wyrabiany przez fabrykę pod firmą Fryderyka Bayera i Spółki w Elberfeldzie jest pochodnym fenolu i zawiera w sobie węgiel, tlen, wodór i jod. Jestto proszek barwy jasnej, czekoladowej, prawie bez woni i bez smaku. Nie rozpuszcza się w wodzie ani glicerynie, w wyskoku rozpuszcza się trudno, łatwo zaś w eterze i chloroformie, w olejach tłustych i wazelinie. Ponieważ rozkłada się od ciepła i światła, należy go rozpuszczać zawsze na zimno a chronić od światła. Zawiera 45·8% jodu.

Arystolu można użyć zamiast jodoformu a jakkolwiek nie niszczy bakteryj, daje się z korzyścią zastósować do leczenia w chirurgii, osobliwie zaś w dermatologii, gdyż przyspiesza wytwarzanie się ziarniny i zabliźnienie. Stósuje się go w formie zasypki, maści lub roztworu w eterze albo chloroformie.

Asaprol składu ($C_{10}H_6 \cdot \beta OH. \alpha SO_3$) $Ca + 3H_2O$ zalecany przez Dubiefa i Stacklera w gośćcu, dnie, durze i w wielu jeszcze innych chorobach w ilości od 1 do 4 gramów dziennie, lubo nie drażni, działa przeciwgnilnie. Obok asaprolu nie można ze względu na rozkład chemiczny przepisywać siarkanów, dwuwęglanu potasowego i jodku potasu.

Arbutyna, glukozyd otrzymany z liści mącznicy niedźwiedziny (*arctostaphylos uva ursi*) jest substancyą krystaliczną, bez barwy i bez woni, rozpuszcza się w 8-miu częściach wody zimnej a jednej części wody gorącej, w 16-tu częściach wyskoku. Rozczyn wodny ma smak gorzki i oddziaływa obojętnie, barwi się za dodatkiem półtorachlorku żelaza w małej ilości niebiesko, w większej ilości zielono.

Arbutyny używa się w dziennej dawce do 5 gramów (w proszku lub rozczynie wodnym) wewnętrznie przeciw nieżytom pęcherza moczowego i miedniczek nerkowych ze skutkiem nieraz bardzo pomyślnym (jak się o tem przekonał sprawozdawca *Przeglądu lekarskiego*).

Agarycyna, ciało otrzymywane z huby modrzewiowej (*polyporus officinalis* czyli *agaricus albus*), niedokładnie jeszcze zbadanego składu chemicznego, przedstawia się jako proszek biały, krystaliczny o słabym smaku i słabej również woni. Rozpuszcza się w wodzie w ilości bardzo małej, nadając jej wszakże wyraźnie kwaśny odczyn, w 130 częściach zimnego a 10 gorącego wyskoku, łatwiej w gorącym kwasie octowym.

Ponieważ agarycyna ze stanowiska chemicznego jest kwasem, przeto nazywają ją także kwasem agarycynowym.

Agarycyny używa się prawie wyłącznie tylko do poskramiania rozpływnych potów u suchotników. Dawka ½ do 1 centygrama. Najlepiej w formie pigułek z proszkiem Dowera. Wstrzykiwania podskórne są bolesne.

Agatyna złożona z węgla, wodoru, tlenu i azotu, tworzy blaszki krystaliczne, białe z odcieniem zielonawym; nie rozpuszcza się w wodzie, rozpuszcza się natomiast w wyskoku, eterze i benzolu. Zalecana w ilości od 15 do 50 centygramów w newralgiach, mianowicie dnie kulszowej. Wymaga ostrożności wielkiej w użyciu. Z obawy o rozkład chronić ją trzeba starannie przed światłem.

Analgen złożony z węgla, wodoru, tlenu i azotu, jestto proszek nie rozpuszczający się całkiem w wodzie, trudno rozpuszczający się w wyskoku zimnym, rozpuszcza się łatwiej w wyskoku gorącym i kwasach roztworzonych. Zalecany po 0·50 kilka razy dziennie w rozmaitych bólach nerwowych i gośćcowych. Obniża także temperaturę, wywołując poty.

Angioneurozyna jestto nazwa wprowadzona przez Trussowicza na oznaczenie nitrogliceryny, znanej w terapii także pod nazwą glonoiny.

Antynerwina jestto mięszanina 25% bromku amonu, 25% kwasu salicylowego i 50% antyfebryny.

Antyseptyna czyli asepsyna złożona z węgla, wodoru, tlenu, azotu i bromu jest parabromoacetanilidem, nie rozpuszcza się w wodzie, rozpuszcza się lubo w miernej ilości w wyskoku. Zalecana jako środek przeciwgnilny.

— W nerwowym bólu zębów, osobliwie podczas ciąży zaleca Graetzer:

124) Rp. *Antifebrini* 0·25
Phenacetini 0·50
MDentur tales doses sex
S. Trzy razy dziennie zażywać po proszku.
(*Ther. Monatshefte.* Październik 1894).

— Przeciw dolegliwościom w połykaniu u suchotników zaleca Lermoyez zamiast pomazywania kokainą wdmuchiwania po 5 centygramów proszku:

125) Rp. *Morphini muriatici*
Sacchari lactis āā 2·00
Gummi arabici 1·00
M. f. p.

Uważać należy, by przed wdmuchnięciem pacyent wdychał głęboko, narzędzie skierowane było ku tylnej stronie nakrywki krtaniowej a po wdmuchnięciu oddychanie odbywało się przez nos. (Rzecz nie nowa, ale praktyczna, o czem przekonaliśmy się sami i w klinice laryngologicznej prof. Schröttera w Wiedniu już przed 25 laty i we własnej praktyce. Przyp. sprawozd. *Przegl. lek.*).

— G. Thornton zaleca w krztuścu (kokluszu) u dzieci:

126) Rp. *Phenacetini* 0·50
Glycerini 90·00

Co 2 godziny po pół łyżeczki od herbaty (u dziecka rocznego), dopóki napady nie staną się lżejsze i rzadsze.

V. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 18. Października 1894 r.

— Dnia 10. Października odbyło się pierwsze po wakacyach posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Po przeczytaniu i przyjęciu protokołu z ostatniego posiedzenia przypomniał przewodniczący Dr. Kwaśnicki, iż zbliża się termin zwołania komisyi statutowej; chcący więc przedłożyć jakieś zmiany w statucie, winni zrobił to najpóźniej do 15. Listopada r. b. Dr. Baurowicz miał odczyt: *o twardzielu nosa i krtani*, przyczem okazał chorego z oddziału prof. Pieniążka, preparaty mikroskopowe i hodowle laseczników twardziela (*rhinoscleroma*). Prof. Bujwid preparaty te i hodowle pokazał w znacznem powiększeniu, rzucone za pomocą przyrządu projekcyjnego na ciennik. W dyskusyi nad tym odczytem wzięli udział prof. Pieniążek, prof. Bujwid, Dr. Kryński i prelegent.

Prof. Bujwid wyłożył w końcu rzecz o metodach i wynikach badania wody; w dyskusyi przemawiał prof. Mars.

— Dr. Gustaw Malinowski, lekarz pomocniczy szpitala św. Łazarza w Krakowie, mianowany przez Wydział krajowy lekarzem szkoły rolniczej w Czernichowie nad Wisłą w Krakowskiem.

— Kurs miesięczny bakteryologii i higieny dla pp. lekarzy rozpocznie Prof. Dr. Bujwid dnia 20. Października 1894 r. o godzinie 3. po południu w zakładzie higienicznym krakowskim.

— Publikacye Behringa w Berlinie w dziennikach lekarskich niemieckich, następnie doniesienia Rouxa w Paryżu w pismach zawodowych francuskich i na międzynarodowym kongresie higienicznym w Budapeszcie, w końcu odczyty Behringa i Ehrlicha na odbytym niedawno w Wiedniu Zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich w sprawie leczenia błonicy stósownie przyrządzoną surowicą, o czem w jednym z najbliższych numerów pisma naszego zdamy sprawę na podstawie najnowszych w tej mierze prac niemieckich i francuskich, dały powód do wielkich nadziei nie tyle może wśród lekarzy nauczonych

już doświadczeniem z tuberkuliną Kocha, ile wśród publiczności, która na wezwanie dzienników politycznych pospiesza z hojnemi ofiarami na wyrób drogiego dziś jeszcze środka terapeutycznego, mającego zmniejszać w razie wczesnego użycia bardzo znacznie śmiertelność z błonicy. Zapatrując się wszakże na sprawę trzeźwo i krytycznie, oświadczyć należy, iż dotychczas nie można jeszcze wydać stanowczego sądu o wartości leczniczej środka, o którym mowa, i że trzeba do tego jeszcze bardzo wielu gruntownych i licznych doświadczeń, których dokonać można jedynie w klinikach i dobrze urządzonych szpitalach, tem bardziej, że według dotychczasowych przynajmniej spostrzeżeń, surowica lecznicza miała okazać się skuteczną tylko na początku choroby, kiedy zatem nie można nic wiedzieć o ciężkości danego przypadku. Dlatego słusznie orzekła najwyższa rada lekarska austryacka, że ścisłe badanie leczniczego działania surowicy, stósownie przyrządzonej jest koniecznie potrzebne, ale, że tak jej wyrób jak i próbowanie musi odbywać się pod ścisłą kontrolą naukową i jedynie w zakładach stósownie do tego urządzonych.

— Bardzo ważny pod względem naukowym, lubo nader smutnie dla jednego z kolegów zakończony przypadek śmiertelny laboratoryjnej cholery azyatyckiej opisuje w ostatnim numerze (z 11. Października) *Deutsche medic. Wochenschrift* Reincke w Hamburgu. Rano dnia 15. Września zawezwano pomocy lekarskiej do asystenta hamburskiego zakładu higienicznego. Dra Oergla, który zajmował się hodowaniem laseczników przecinkowych cholery a od kilku dni miał rozwolnienie i skarżył się na upadek sił. Badanie kliniczne wykazało odrazu cholerę azyatycką, na którą mimo najenergiczniejszej terapii i opieki chory w dniu 20. Września zmarł. Poszukiwania bakteryologiczne od dnia 16. Września codziennie aż do śmierci i po śmierci wykazywało stale w wypróżnieniach przewodu pokarmowego mnóstwo prątków przecinkowych; rozpoznanie zaś na stole sekcyjnym było: *pneumonia fibrinosa lobi inferioris, utriusque praecipue dextri. Endocarditis aortica inveterata. Ren cholericus (stadium secundum). Cicatrices renis sinistri. Intumescentia recens hepatis. Proctitis et colitis diphtheritica.*

W jaki sposób Dr. Oergel dostał cholery po doświadczeniach z prątkami przecinkowemi, nie udało się wykazać. Według jednych, robił zmarły doświadczenia z zakażoną prątkami przecinkowemi surowicą i przy tej sposobności dostała mu się kropla tego płynu do ust, które on jednak natychmiast wypłukał, nie wiadomo wszakże czem. Zmarły sam przypuszczał, iż w dniu 13. Września przy badaniu wody wiślanej nadesłanej z Torunia, dostała mu się pewna jej ilość do ust. Badanie jednak tej wody przez innych nie wykazało prątków przecinkowych a nie można było potwierdzić domysłu, iż Dr. Oergel do pewnej części tejże wody wiślanej dodał prątków przerzeczonych. Jeżeli przeto nie można było wykryć, zkąd ostatecznie zaraził się cholerą zmarły, to jednak nie ulega wątpliwości, iż robił on w ostatnich dniach przed zachorowaniem wiele doświadczeń z prątkami przecinkowemi, co jest przekonywającym dowodem, iż bakterye choleryczne nie są bynajmniej czemś niewinnem, za co chcą je uważać niektórzy.

— Konkurs. Burmistrz miasta Banialuki w Bośnii, Ragil beg Djinic rozpisuje konkurs na posadę lekarza miejskiego w tem mieście. Pensya roczna 1000 złr. Czynności uboczne i praktyka prywatna nieść mogą około 500 złr. Ubiegający się o tę posadę winni wnieść podania do władzy miejskiej w Banialuce najpóźniej do 10. Listopada r. b. i w nich wykazać, że mają stopień doktora wszech nauk lekarskich i że przez dwa lata przynajmniej praktykowali w jednym z większych szpitali. Pierwszeństwo mieć będą ci, którzy udowodnią, iż przez dłuższy czas praktykowali w oddziale chirurgicznym i znają jakiś język słowiański.

— **Nekrologia.** W dniu 17. Października b. r. zmarł w Krakowie Dr. Fr. Wyszatycki, lekarz powiatowy ropczycki, przeżywszy lat 40.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 24. Października b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w sali Śniadeckich *Collegium novum* posiedzenie zwyczajne, na którem: 1) kol. doc. Beck okaże kamyk ślinowy; 2) Dr. filozofii Wróblewski wyłoży różnicę między sernikiem mleka kobiecego a krowiego (z demonstracyą); 3) kol. prof. Pieniążek mówić będzie: *O przypadkach wpadnięcia ciał obcych do krtani.*

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

OGŁOSZENIE KONKURSU.

Zwierzchność gminy król. miasta Olesko z okręgiem sądowym obejmującym 21 gmin, siedziba sądu powiatowego, urzędu podatkowego, notaryatu i t. d. i t. d. rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza miejskiego z roczną płacą 300 złr. w. a.

Ubiegający się, mają wykazać uzyskany stopień doktora wszech nauk lekarskich i dotychczasową praktykę w zawodzie lekarskim.

Podania należycie udokumentowane wnosić należy do 1. Listopada b. r. na ręce członka Rady gminnej Wbnego ks. proboszcza Marcela Piątkowskiego w Olesku.

Zwierzchność gminy król. miasta. 154—2—1

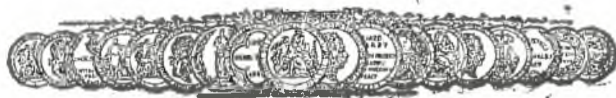
Olesko, 11. Października 1894.

KONKURS.

Niniejszem rozpisuje się konkurs na posadę pierwszego asystenta (prosektora) przy katedrze anatomii opisowej Wydziału lekarskiego w c. k. Uniwersytecie we Lwowie. Do posady tej przywiązana jest remuneracya w kwocie 600 złr. i obowiązek mieszkania w zakładzie. Podania wnosić należy na ręce dziekana Wydziału filozoficznego c. k. Uniwersytetu we Lwowie najdalej do 20. Października b. r.

Z Dziekanatu Wydziału filozoficznego.

Lwów dnia 1. Października 1894. 152—3—2



Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza